

O lugar social do fisioterapeuta brasileiro

The social place of Brazilian physical therapists

Ana Lúcia de Jesus Almeida¹, Raul Borges Guimarães²

Estudo desenvolvido na FCT/Unesp – Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Estadual Paulista, campus de Presidente Prudente, SP, Brasil

¹ Profa. Dra. do Depto. de Fisioterapia da FCT/Unesp

² Prof. Livre-docente do Depto. de Geografia da FCT/Unesp

ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA

R. Felipe Carnevale 110
Jardim das Rosas
19060-220 Presidente
Prudente SP
e-mail: analu@fct.unesp.br

Artigo extraído da tese de doutorado defendida pela autora ¹ no Programa de Pós-Graduação em Geografia da FCT em dezembro de 2008.

APRESENTAÇÃO
dez. 2008

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
mar. 2009

RESUMO: Este estudo visa compreender a produção do lugar social do fisioterapeuta brasileiro por meio de suas práticas. O material empírico utilizado foram 89 entrevistas, dados do I Censo de Fisioterapeutas do Estado de São Paulo e informações sobre os cursos de graduação em Fisioterapia no Brasil. A análise dos dados mostrou que o lugar social do fisioterapeuta está fortemente ligado ao modelo curativo, identificado com o ideário liberal-privatista, com instituições formadoras predominantemente privadas e concentradas na região Sudeste. Os resultados sustentam evidências de uma prática profissional fragmentada, estimulada pelo modelo hegemônico, mas também apresenta marcas de superação, mostrando a disputa de dois modelos na atenção à saúde: hegemônico e contra-hegemônico. O primeiro toma a parte pelo todo, fragmenta o conhecimento e o corpo, identifica-se com o liberalismo e tem a saúde como mercadoria; a organização dos serviços é centrada na doença e na especialização. O segundo, sem negar a importância do conhecimento técnico, valoriza as dimensões sociais e humanas na prática profissional, está centrado na pessoa e busca a integralidade e a interdisciplinaridade. Esse modelo permite ampliar a prática do fisioterapeuta para além da clínica, em direção a um lugar social mais humano e solidário, identificado com os princípios do Sistema Único de Saúde. Também permite repensar o atual lugar social, oferecendo parâmetros para a reorientação dos caminhos da profissão.

DESCRIPTORES: Fisioterapia (Especialidade); Papel profissional; Sistemas de saúde/tendências

ABSTRACT: This study aimed at understanding the social role played by Brazilian physical therapists by drawing on their practices. Empirical data included the recordings of 89 interviews with physical therapists, data from the Sao Paulo State First Census of Physical Therapists, and information on physical therapy undergraduate courses. The analysis showed that mainstream physical therapy is strongly linked to the healing model, of liberal ideology; training courses are mostly private and concentrated in the country's Southeast, richest region. Results sustain evidence of a fragmented professional practice, encouraged by the hegemonic model, but also of signs of conflict between two opposing concepts of health care. The hegemonic model takes the part for the whole, fragments body and knowledge, bears on liberalism, where health is taken as a commodity; health care services focus on illness and value specialization. The counter-hegemonic principles, while not denying the relevance of technical knowledge, value social and human dimensions of professional practice, focus on the person, aim at integration of services and support interdisciplinarity. The counter-hegemonic model tends to widen physical therapy practice beyond the clinic toward a humanized social role, in accordance with the national health system guidelines. It also allows for rethinking therapists current social place, offering parameters for reorientating the profession course of action.

KEY WORDS: Health systems/trends; Physical therapy (Specialty); Professional role

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo do presente artigo é o lugar social dos fisioterapeutas, produzido por suas práticas. Conforme iremos argumentar, as práticas tradicionais dos fisioterapeutas, muitas vezes, resultam em ações fragmentadas e distantes do conceito de integralidade na saúde¹⁻⁴. Essa característica é fruto de um modelo hegemônico que tende a fazer do exercício profissional a reunião de ações isoladas, individualizadas, descontextualizadas⁴⁻⁷. Por outro lado, contraditoriamente, os pacientes ao apresentarem suas demandas solicitam do profissional uma postura mais global, o que exige a superação da condição acima com ações potencialmente integradoras.

Por várias razões o fisioterapeuta^{4,6,7}, bem como outros profissionais da saúde^{5,8}, caminharam para a definição de uma forma de atuar com uma lógica de valorização excessiva da doença, associando a profissão com a visão curativa, além de desenvolver práticas distantes da interlocução com outras profissões. Na clínica, é comum observar a escassa existência de equipe multiprofissional e a dificuldade de encaminhar o paciente para outras especialidades, porque estas não se comunicam. Também se observam oportunidades restritas para a pessoa com deficiência, no mercado de trabalho, na escola, na sociedade. Estes são alguns exemplos que limitam a prática profissional e tornam o trabalho da fisioterapia fragmentado e incompleto.

Acreditamos que se uma visão multidimensional da saúde⁹⁻¹¹ estivesse mais presente na prática dos fisioterapeutas e de outros profissionais, poderíamos observar uma maior frequência de ações que fossem ao encontro da superação das dificuldades acima. O debate sobre o conceito de promoção e vigilância à saúde enquanto elementos multidimensionais e interdisciplinares aproximasse desse desafio, levando-nos a pensar o indivíduo e a coletividade de uma maneira social e relacional^{1,5,9,12-14}. Entretanto, verificamos que a maioria dos fisioterapeutas tendem a acreditar que os problemas de saúde se resolvem apenas por meio do setor saúde, o que diminui seu campo de intervenção e participação, reforçando a manutenção do modelo

tando o lugar social do fisioterapeuta.

O lugar social é construído pelos fisioterapeutas por suas práticas, que carregam significados relacionados com a forma de compreender a sociedade, com sua visão de saúde, com as relações de poder estabelecidas no seu espaço. O conceito de lugar enquanto espaço relacional oferece elementos da reprodução da vida social¹⁵, portanto, da reprodução da fisioterapia na sociedade. Compreender e refletir sobre esse lugar social é fundamental como parâmetro de reorientação dos caminhos da profissão.

METODOLOGIA

Para caracterizar o lugar social do fisioterapeuta, foram analisados dados de 89 entrevistas feitas por 45 alunos do 1º ano do Curso de Fisioterapia do campus de Presidente Prudente da Unesp, no primeiro semestre de 2008. As entrevistas foram realizadas tendo como referência um roteiro predefinido (Quadro 1). Foram digitadas sínteses de cada uma das 89 entrevistas realizadas pelos alunos em planilhas, para facilitar a associação de informações comuns, fazendo o exercício, de acordo com Minayo¹⁶, de partir de uma leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado, que ultrapassa os significados manifestos.

Uma parte dos temas abordados nas entrevistas foi aqui utilizada, associada a dados disponibilizados pelo Crefito-3 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região – oriundos do I Censo dos Fisioterapeutas

e Terapeutas Ocupacionais do Estado de São Paulo¹⁷ e uma publicação do Ministério da Educação sobre o curso de Fisioterapia no Brasil¹⁸.

RESULTADOS

A Fisioterapia teve o auge do seu reconhecimento em meados da década de 1990, o que aumentou a procura pelo curso. Na ocasião, muitas instituições de ensino superior passaram a oferecer grandes números de vagas em Fisioterapia, principalmente as instituições privadas, carregando consigo uma prática pedagógica da Medicina influenciada pelo paradigma newtoniano-cartesiano¹⁴. O crescimento foi grande e o número total de fisioterapeutas registrados no Cofito – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – em 1995 era 16.068; em 2005, os dados apontam para 79.382 profissionais, mostrando um crescimento absoluto de 394% em apenas dez anos¹⁸.

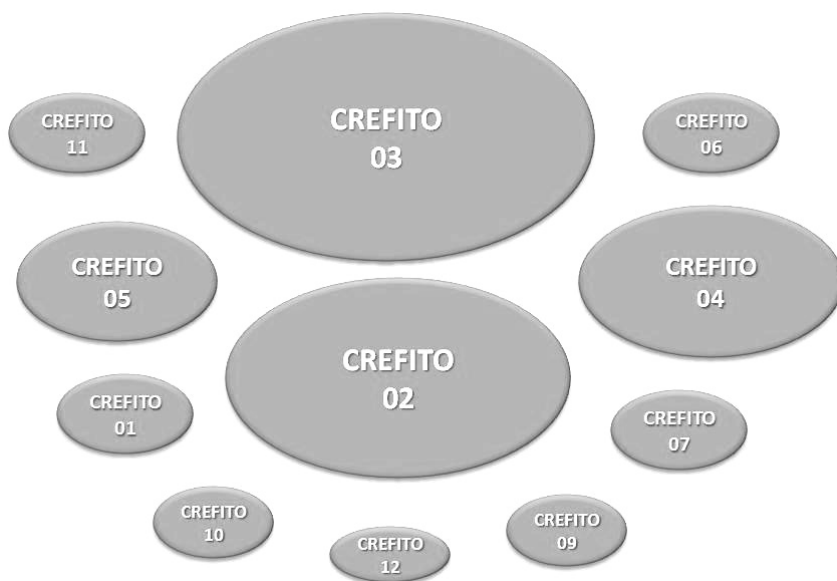
Esses números estão desigualmente distribuídos pelo país. A Figura 1 permite melhor visualizar as diferenças de tamanho de cada Crefito em 2005. As representações geométricas são proporcionais ao total de fisioterapeutas de cada Conselho, refletindo as grandes diferenças existentes: a maioria estão concentrados nos estados de São Paulo (Crefito-3), Rio de Janeiro e Espírito Santo (Crefito-2), e Minas Gerais (Crefito-4), todos na região Sudeste¹⁸.

O processo de formação tem grande responsabilidade por essa situação. Em 1969, existiam 6 cursos de graduação em Fisioterapia; em 1981, esse número

Quadro 1 Roteiro de entrevista com fisioterapeutas

- 1 Tempo de atuação profissional
- 2 Facilidades e adversidades encontradas assim que se formou
- 3 Área de maior atuação
- 4 Motivo da escolha da área
- 5 Principais conquistas alcançadas nessa área pela Fisioterapia
- 6 Principais dificuldades nessa área
- 7 Aspectos financeiros: valor aproximado da sessão; número de pacientes que atende por dia e em quantas horas de trabalho; salário mensal aproximado
- 8 Que recomendações daria para alunos que estão no 1º ano do Curso de Ft
- 9 Cidade onde o entrevistado reside e trabalha
- 10 Comentários

Fonte: Brasil, 2006¹⁸



Fonte: Inep/MEC^{18,19}

Figura 1 Distribuição dos fisioterapeutas pelos Conselhos Regionais (Crefitos), Brasil, 2005

cresceu para 20 e, em 1991, havia 48. A partir daí o crescimento foi muito rápido, até atingir o total de 457 cursos em 2007^{18,19} (Figura 2).

O número de vagas disponíveis aumentou rapidamente, bem como o número de formandos a cada ano. Se em 1991 formavam-se 1.951 fisioterapeutas, em 2004 esse número cresceu para 13.631¹⁸ e, em 2007, foram 14.162 novos fisioterapeutas²⁰. Ao associar o número de vagas ao local em que as vagas são oferecidas, reconhecem-se as instituições privadas de ensino superior como importantes agentes na definição

do atual lugar social do fisioterapeuta.

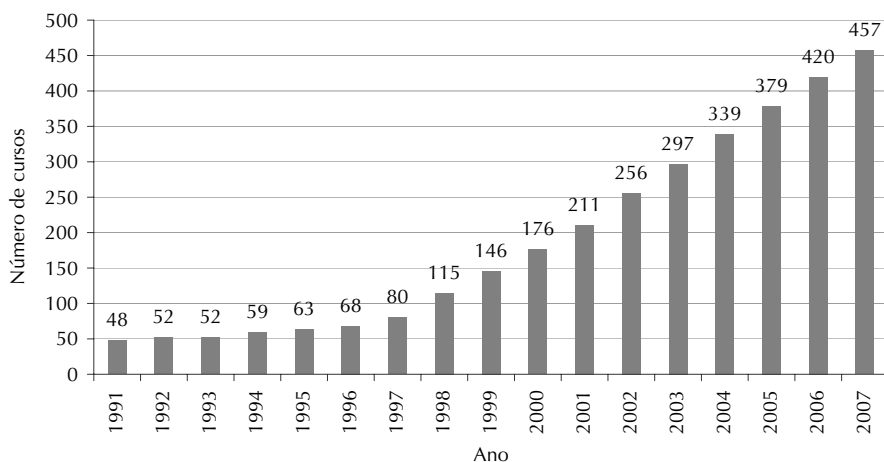
A inserção dos fisioterapeutas no mercado de trabalho mostra uma predominância no setor privado. Dos 89 fisioterapeutas entrevistados pelos alunos, 53 (59,6%) trabalhavam no setor privado ou dedicavam a maior parte do tempo a esse setor; os demais 36 atuavam ou no setor público ou em ambos. Essa característica também está presente nos dados do Censo realizado pelo Crefito-3, em que dos 13.712 fisioterapeutas que responderam ao questionário, 70,5% trabalhavam no setor privado, 15,2% em instituições públicas, 4,3% em mistas e

10,0% em instituições filantrópicas¹⁷. É notável a reduzida proporção de fisioterapeutas no setor público (15%) comparado aos demais, evidenciando uma tímida presença do fisioterapeuta no serviço público, o que contribui para demarcar seu lugar social.

Uma das questões da entrevista referiu-se às facilidades encontradas pelos entrevistados no início da carreira, tendo dois aspectos sido mais citados. O primeiro refere-se à importância dada pelos entrevistados à especialização. Para eles, ao especializar-se adquirem maior segurança profissional, principalmente no momento da conquista de uma vaga no mercado de trabalho. Essa necessidade de especializar-se também foi observada entre os fisioterapeutas que responderam ao Censo do Crefito-3, em que, dos 24.844 fisioterapeutas que responderam essa questão, 18.299 (73,7%) relataram ter realizado algum tipo de curso de pós-graduação, seja lato sensu (71%), stricto sensu (10%) ou outros¹⁷.

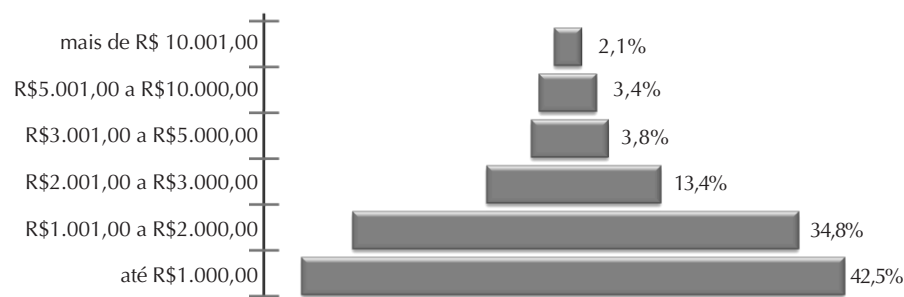
O segundo aspecto tido como um facilitador para a conquista do primeiro emprego pelos fisioterapeutas entrevistados foi a realização de estágios extracurriculares durante a graduação, ou logo em seguida, como estágio voluntário. De acordo com os entrevistados, o estágio extracurricular, além de proporcionar experiência prática, pode ser a oportunidade de garantir uma vaga no mercado de trabalho pelo vínculo criado, pela chance de mostrar a capacidade de trabalho.

Quanto às dificuldades encontradas no mercado de trabalho, os aspectos mais apontados foram o baixo salário, seguido por mercado de trabalho saturado e com grande concorrência e sensação de pouco reconhecimento social. Sobre o salário, dentre os entrevistados observam-se salários variando de 700 reais até 8.000 reais, com valores da sessão que variam de R\$ 3,00 a R\$ 150,00. Há fisioterapeutas que atendem um paciente em uma hora de sessão até os que atendem a 14 pessoas em uma hora – são os que recebem os mais baixos salários. A análise dos rendimentos de todos os fisioterapeutas entrevistados mostra que mais de 40, do total de 89, relataram ganhar menos que R\$ 2.000,00. Os dados do Censo do Crefito-3 confir-



Fonte: Crefito-3¹⁷

Figura 2 Evolução do número de cursos de Fisioterapia no Brasil, 1991- 2007



Fonte: Crefito-3¹⁷

Figura 3 Pirâmide de renda dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo, 2007

mam essa tendência, apontando que a maior parte dos fisioterapeutas tem renda inferior a R\$ 2.000,00 por mês¹⁷, como mostra a Figura 3.

Sobre o reconhecimento social, os profissionais entrevistados relataram como um aspecto dificultador o desconhecimento por parte dos profissionais da saúde, e mesmo por usuários do serviço, sobre o fazer do fisioterapeuta. Sobre esse aspecto é preciso também contrapor que, quando os fisioterapeutas foram solicitados a apontar as conquistas da Fisioterapia, o item mais citado foi “o maior reconhecimento social”, mostrando que, apesar de desafios a serem superados, vários profissionais percebem que muito já foi conquistado. Outros fisioterapeutas apresentaram como conquista “o reconhecimento e a valorização por parte dos profissionais da saúde, principalmente, pelo médico”, ou seja, há um sentimento de que a profissão passou por um período de reconhecimento e consolidação social, tanto na relação com os colegas profissionais da saúde quanto por parte da sociedade.

DISCUSSÃO

A origem da Fisioterapia direcionou sua prática para o processo de recuperar as condições de saúde das pessoas para níveis anteriores a um episódio de doença ou incapacidade. Foi nesse espaço que a profissão se solidificou, demarcando seu reconhecimento social no campo das ações curativas, tema apontado e debatido por Rebelato e Botomé⁶. Por sua vez, os fisioterapeutas Schmidt⁴ e Freitas⁷ mostram que pouco se vê a fisioterapia atuando na atenção básica em saúde. Neste estudo, pôde-se inferir uma identidade forte do lugar social do fisioterapeuta com níveis de atenção

mais complexos e mais distantes da atenção primária à saúde. Essa característica justifica a ânsia pela especialização presente entre os entrevistados e nos dados do Censo, indo na contramão das novas diretrizes curriculares²¹, segundo as quais o profissional deve ter uma visão generalista.

Reforçando esse aspecto, a literatura aponta para a formação no campo da saúde consistindo em processos de ensino-aprendizagem que enfatizam a área técnica, a especialidade, a intervenção curativa. Também aponta para um crescimento quantitativo de cursos em detrimento da qualidade²². Na Fisioterapia esse crescimento se materializa num espaço concentrado na região Sudeste, principalmente no Estado de São Paulo e predominantemente vinculado ao ensino privado, como mostram os resultados.

Ao priorizar quantidade no ensino, há uma desqualificação do processo de formação que pode estar estimulando ainda mais a necessidade de busca imediata por especialização. Também, o profissional despreparado pode estar visualizando no estágio não-obrigatório e no trabalho voluntário uma possibilidade de melhorar sua qualificação, não se importando em ser explorado como mão de obra não-remunerada.

Nota-se que os entrevistados não percebem a contradição aí presente, pois o fato de alunos de graduação atenderem em clínicas não-vinculadas a instituições de nível superior, ou profissionais formados se submeterem a fazer estágios voluntários, significa redução das oportunidades de trabalho para aqueles que já estão no mercado. Não são poucas as instituições que se aproveitam dessa condição e deixam de contratar profissionais para oferecer estágios e explorar a força de trabalho de graduandos.

Sobre a qualidade do atendimento fisioterapêutico, ao constatar profissionais atendendo 14 pacientes em uma hora, pode-se inferir o uso acentuado de recursos tecnológicos terapêuticos, o que dificilmente é compatível com a resolutividade do cuidado. Para Merhy²³, a organização do trabalho em saúde deveria contemplar três tipos de tecnologias: tecnologias leves, caracterizadas como a forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado; tecnologias duras, que estão inscritas nos instrumentos já estruturados para elaborar produtos da saúde; e as tecnologias leves-duras, caracterizadas pelos saberes estruturados que operam esses processos. Portanto, seria possível identificar uma parte dura, estruturada e outra leve, relacionada com o modo como cada profissional aplica o conhecimento no momento da produção do cuidado.

Observando o cotidiano de um trabalhador da saúde, Merhy e Franco²⁴ argumentam que, ao prover o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico composto de “trabalho morto” (TM) e “trabalho vivo” (TV). TM são instrumentos e é assim definido porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso no momento de sua elaboração; TV é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves. Por fim, a relação entre TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma correlação chamada pelos autores de composição técnica do trabalho (CTT). A CTT estando favorável ao TM reflete predominância de tecnologias duras, direcionadas à utilização de procedimentos; e quando, ao contrário, predominar TV, o provimento do cuidado está centrado nas tecnologias leves. Uma análise qualitativa das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho permite também pensar que, no atual modo de produzir saúde – modelo hegemônico – a razão entre TM e TV faz prevalecer o TM. Portanto, se queremos alterar o modo de produzir saúde, temos de alterar essa correlação, produzindo mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do TV²⁴.

Esse modelo hegemônico na saúde toma a parte pelo todo e, com isso, frag-

menta o conhecimento e também o corpo, supervalorizando as especialidades, o uso indiscriminado de recursos tecnológicos e se identificando com uma dimensão política favorável ao liberalismo. Nesse modelo, os serviços de fisioterapia estão organizados com base em ações curativas e individualizadas, centradas na doença e não na pessoa, valorizando a especialização, as tecnologias e, portanto, o trabalho morto. Em contrapartida, o modelo contra-hegemônico, sem negar a importância do conhecimento técnico, valoriza as dimensões sociais e humanas. É um modelo que tem a dimensão do todo, está centrado no usuário do serviço, por isso busca a integralidade, valorizando a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a continuidade da atenção, ficando evidente a prioridade ao trabalho vivo^{5,7,14,24}.

A Figura 4 apresenta uma sistematização dos dois modelos que representam a prática profissional do fisioterapeuta. No modelo contra-hegemônico, o método dialético permite ao fisioterapeuta observar o processo pelo qual está submetido o objeto de intervenção, preservando sua totalidade e reconhecendo as contradições inerentes ao objeto. Por outro lado, o método metafísico separa o sujeito do objeto e define os seres e as idéias separadas de suas rela-

ções e de suas interações, distanciando a prática da realidade, fragmentando o conhecimento e o corpo humano.

No modelo contra-hegemônico o profissional da saúde, ao lidar com o usuário do serviço de saúde, preocupa-se com o sujeito e não apenas com a enfermidade. Lida com a singularidade de cada um, sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades, mostrando competência em lidar com pessoas¹³. Os dois modelos apresentam concepções distintas caracterizadas por ações, muitas vezes, opostas e presentes na prática dos profissionais da saúde. São duas grandes linhas em disputa em torno da política de saúde: uma vinculada ao projeto empresarial neoliberal médico-hegemônico, que vê a saúde como uma mercadoria, e outro, que defende o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pelo Estado e comprometido com a saúde como direito de todos, não como bem de mercado.

O debate até agora desenvolvido mostra que o modelo de atuação hegemônico leva o profissional da saúde a ações parceladas, não dando conta de mudar a realidade e responder às demandas individuais e sociais de grande parte da população brasileira. Ele percebe que não responde às necessidades

humanas por falta de resolutividade, por distanciamento da vida e das necessidades das pessoas. Isso desmotiva, desilude, pois os resultados não promovem satisfação profissional.

A resposta do SUS para a superação do modelo hegemônico está no fortalecimento da atenção básica, concentrada atualmente nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), visando edificar um novo modelo de atenção à saúde. A resposta dos Ministérios da Educação e da Saúde para mudar a formação dos profissionais da saúde está nas novas diretrizes curriculares, construídas a partir da necessidade de pensar a formação dos profissionais como uma estratégia importante para o fortalecimento do SUS^{4,21}.

Portanto, cabe às instituições formadoras, aos docentes, aos alunos e aos profissionais fisioterapeutas observar o quanto suas práticas têm se direcionado para uma atuação centrada na promoção da saúde, na prevenção, que valorize mais as condições sociais e humanas na manifestação dos desequilíbrios orgânicos, uma atenção à saúde centrada no sujeito e de forma integral.

CONCLUSÃO

Como exposto, não são poucos os desafios para que a Fisioterapia amplie seu papel social. Para avançar nessa direção, é necessário que nas ações dos fisioterapeutas estejam presentes a atenção integral, a resolutividade do cuidado, o acolhimento, a formação de vínculo, potencializando a capacidade que o fisioterapeuta tem de produzir saúde e não apenas recuperar. Nessa direção, o SUS tem se fortalecido e vem sendo construído a cada dia como uma alternativa possível frente ao modelo hegemônico e com muito mais possibilidades para a Fisioterapia ampliar seu lugar social.

Para isso, é preciso substituir ações reprodutoras por ações que busquem a produção de um conhecimento tal que venha a melhorar a qualidade de vida das pessoas que acorrem aos serviços de saúde. É preciso construir caminhos que possibilitem a percepção cada vez menos segmentada da realidade e do sa-

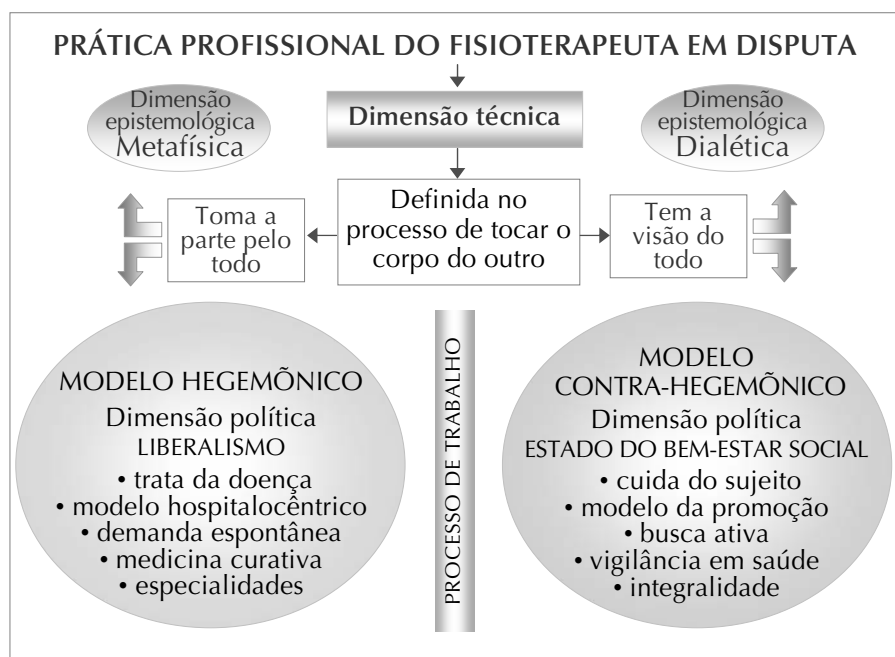


Figura 4 Modelos de atuação profissional do fisioterapeuta: hegemônico e contra-hegemônico

ber, mais crítica e mais social. Produzir conhecimentos e ações mais contextualizados, portanto mais próximos da vida das pessoas atendidas, e com maior potencial para levá-las a perceber sua corresponsabilidade pela manutenção de sua saúde, compreendendo-a como um recurso que se conquista no dia-a-dia, conferindo aos usuários dos serviços mais independência em relação ao modelo hegemônico.

A prática centrada na doença provoca o obscurecimento de grande parte das possibilidades de atuação, crescimento e reconhecimento profissional do fisioterapeuta, alimentando a manutenção de muitas das dificuldades apontadas neste estudo. Ao fixar seu lugar social na atuação curativa, no modelo privatista, na especialização, entre outras, os profissionais da saúde ferem o princípio da integralidade que deve garantir o direi-

to da população de ser assistida em todas as suas necessidades. Diante destas, a Fisioterapia pode contribuir muito mais. Para isso, entretanto, é preciso rever e ampliar seu lugar social. Acreditando que a gestão do novo se desenvolve no que já está estabelecido²⁵, uma Fisioterapia crítico-social está se desenvolvendo a partir do confronto e da disputa desses dois modelos, para além da clínica e em direção ao social.

REFERÊNCIAS

- 1 Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj; Abrasco; 2006. p.259-78.
- 2 Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj; Abrasco; 2005. p.7-34.
- 3 Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Saude Debate. 2003;27(65):257-77.
- 4 Schmidt LA. Os cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde [dissertação]. Londrina: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina; 2002.
- 5 Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- 6 Rebelato JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.
- 7 Freitas MS. A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 8 Campos GWS. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Cienc Saude Coletiva. 2007;12(supl):1865-74.
- 9 Barcelos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Inf Epidemiol SUS. 2002; 11(3):129-38.
- 10 Barcellos CC, Monken M. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário do Programa de Saúde da Família. In: Fonseca AF, Corbo AD, editores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
- 11 Czeresnia D, Ribeiro AM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad Saude Publica. 2000;16(3): 595-617.
- 12 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1400-10.
- 13 Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 14 Gil CRR. Práticas profissionais em saúde da família: expressões de um cotidiano em construção [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
- 15 Silva AC. Geografia e lugar social. São Paulo: Contexto; 1991.
- 16 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6a ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- 17 Crefito 3 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. I Censo dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo. [Malerbi FEK, Castro Y, organizadores]. São Paulo; 2008 [citado maio 2008]. Disponível em: <http://www.crefito3.com.br>.
- 18 Brasil. Ministério da Educação. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.
- 19 Brasil. Ministério da Educação. Sinopses estatísticas da educação superior: graduação. Brasília: Inep; 2008 [citado abr 2009]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/sinopse>.

Referências (cont.)

- 20 Brasil. Ministério da Educação. Enade 2007: relatório síntese – Fisioterapia. Brasília; 2008.
- 21 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília: Diário Oficial da União. Resolução n.4/2002 CNE/CES, 19 fev. 2002, p.11.
- 22 Behrens MA. A prática pedagógica e o desafio do paradigma emergente. Rev Bras Est Pedag (Brasília). 1999;80(196):383-403.
- 23 Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- 24 Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saude Debate. 2003;27(65):316-23.
- 25 Massey D. Pelo espaço: uma nova política da espacialização. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2008.